Beiträge zur Aetiologie

der

Augenmuskellähmungen.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

hohen medicinischen Facultät

der

kgl. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Carl Haardt

approb. Arzt

aus Essen (Rheinpreussen).

Würzburg.

Becker's Universitäts-Buchdruckerei.

1884.

Referent:

Herr Professor Dr. Michel.

Die Augenmuskellähmungen beanspruchen eine grosse Wichtigkeit bei Erkrankungen des Cerebrospinalsystems, und wenn die Kranken häufig zunächst auch wegen der durch die Lähmung bedingten Störungen augenärztliche Hilfe aufsuchen, so ist die Lähmung doch von fast ausschliesslichem Interesse für die Bestimmung einer Erkrankung des Cerebrospinalsystems. Zur Bestätigung dieser Auffassung dürften die mitzutheilenden Fälle von Augenmuskellähmungen, welche im Laufe der letzten 5 Jahre in der Universitäts-Augenklinik zur Beobachtung gelangten, einen weiteren Beitrag liefern.

I. Muskellähmungen bei Gehirnerkrankungen.

a) Bei Basisfracturen.

1) S. Sch., weiblich, 20 Jahre alt, zeigte linksseitige Abducensparalyse. Patientin stürzte vor 6 Wochen beim Fensterputzen auf's Strassenpflaster und wurde bewustlos in die chirurgische Klinik gebracht. Hier wurde eine Fractur des Beckens constatirt, und in Berücksichtigung eines starken Blutausflusses aus dem linken Ohre und der Nase, sowie der in den ersten Tagen stark vorhandenen cerebralen Erscheinungen eine Basisfractur diagnosticirt.

2) J. L., männlich, 39 Jahre alt, mit linksseitiger Abducensparese und weisser Atrophie des Opticus des linken Auges.

Vor drei Monaten fiel ein grosses, leeres Fass aus der Höhe von einigen Metern dem Patienten auf den Kopf und zwar auf die linke Seite des Kopfes. Patient wurde nicht bewusstlos, hatte aber heftige Schmerzen und blutete stark. Sofort nach der Verletzung will er schlechter auf dem linken Auge gesehen haben, Doppelbilder hat er nicht beobachtet. In der Nacht nach der Verletzung wurde ihm übel, und trat später öfter Erbrechen auf, was die Diagnose Basisfractur sicherte.

3) J. G., männlich, 28 Jahre alt, fiel, als er auf einem Gerüste bei der Arbeit war, mit dem brechenden Gerüst aus einer Höhe von 6 Metern auf die Erde zunächst mit den Füssen, schlug dann zurück mit dem Hinterkopf auf einen Stein, so dass er in bewusstlosem Zustande ins Juliusspital gebracht werden musste. Die Bewusstlosigkeit dauerte nicht lange an, dagegen bestanden Kopfschmerzen mit wechselnder Heftigkeit längere Zeit, auch war die Perkussion des Hinterkopfes schmerzhaft. Vier Tage nach dem Sturze trat eine Trochlearisparalyse auf, welche die auf Grund der cerebralen Erscheinungen diagnosticirte Basisfractur bestätigen konnte.

4) C. K., männlich, 47 Jahre alt, zeigte rechtsseitige Paralyse des Rectus internus und Obliquus inferior, S. = 1; die ophthalmoskopische Untersuchung ergab nichts Abnormes.

Patient stürzte aus einer Höhe von ungefähr 2 Metern rücklings von einem Wagen mit dem Hinterkopf auf den gefrornen Erdboden. Bewusstlosigkeit trat nicht ein, wohl aber sofort nachher heftiges Erbrechen, welches sich auch später noch stark wiederholte. Patient will aber sofort nach dem Sturze doppelt gesehen haben. Auch hier wurde auf

Grund der cerebralen Erscheinungen Basisfractur diagnosticirt.

b) Augenmuskellähmungen bei Meningealerkrankungen.

5) W. G., männlich, 45 Jahre alt, befand sich wegen linksseitiger Felsenbeincaries im Juliusspital, wo er seit drei Tagen Doppelsehen bemerkte. Die Untersuchung ergab linksseitige Abducensparese und ophthalmoskopisch links leichte Trübung und Hyperämie des Opticus. Bei dem Vorhandensein der Felsenbeincaries war eine exsudative Entzündung der Meningen in der linken Hälfte der Basis Cranii leicht zu diagnosticiren.

6) M. A., männlich, 21 Jahre alt, zeigte linksseitige Parese des Rectus internus und fast vollkommenen Ausfall der Beweglichkeit nach oben. Ausserdem war an derselben Seite Facialisparese ohne Betheiligung der Orbicularisfasern vorhanden.

Patient hat im Alter von 9 Jahren Scharlach mit nachfolgender Gehirnentzündung, Caries des Felsenbeins mit Eiterdurchbruch am Processus mastoideus durchgemacht. Die Annahme eitrig-entzündlicher Processe der Meningen als Ursache der Lähmung war hiernach zweifellos.

7) A. W., männlich, 13 Jahre alt, zeigte eine rechtsseitige Abducensparalyse.

Patient erlitt vor $1^1/_2$ Jahren eine grosse eitrige Perforation des Trommelfells, die als Folge von Felsenbein-Caries anzusehen war. Vor $^1/_2$ Jahr trat Doppelsehen auf in Folge der Abducensparalyse, welche sich auf chronische entzündliche, exsudative Processe der Meningen leicht zurückführen liesse.

c) Bei Gehirngeschwülsten.

8) J. G., männlich, 19 Jahre alt, litt seit zwei Monaten an Stirnkopfschmerzen und von der Stirn ausstrahlen-

den Schmerzen, die in der letzten Zeit stärker geworden sein sollen.

Die Untersuchung ergab rechts vollkommene Abducensparalyse, bds. S. = 1, Projektion, Gesichtsfeld normal, ophthalmoskopisch bds. hochgradige venöse Stauung mit Verbreiterung und Schlängelung der Venen, stark geröthete Papille, deren Grenzen nirgends genau zu bestimmen waren, die Nervenfasern noch innerhalb der Papille und neben derselben in unregelmässiger Weise, jedoch im Ganzen in bedeutender Ausdehnung weissglänzend, theilweise die Gefässe verdeckend.

Patient war 9 Tage in der Augenklinik und wurde dann in's Juliusspital transferirt. In der letzten Zeit trat starkes occipitales Kopfweh und häufiges Erbrechen auf. Da die Allgemeinsymptome von Hirngeschwülsten, der Kopfschmerz, das Erbrechen, vor Allem aber die Stauungspapille sehr ausgeprägt vorhanden waren, so konnte die Diagnose eines Tumor cerebri mit Sicherheit gestellt werden. Die Sektion ergab ein haselnussgrosses Gliom in der linken Hemisphäre des Kleinhirns mit ziemlich ausgedehnter Erweichung der umgebenden Hirnsubstanz. An der Basis des Schädels gegenüber der Ursprungsstelle des rechten Abducens fand sich eine Exostose von pyramidaler Gestalt und $^1/_2$ cm Höhe, gegen welche die Spitze des andringenden Kleinhirns den Abducens-Ursprung der rechten Seite angedrückt haben dürfte.

9) B. K., männlich, 27 Jahre alt, erlitt vor $^1/_2$ Jahre einen Schlaganfall, war 14 Tage lang bewusstlos und sah seitdem doppelt. Er hatte häufig Kopfweh und in letzter Zeit öfter Erbrechen und Ohrensausen. Die Untersuchung ergab rechts Parese sämmtlicher vom Oculomotorius versorgten Muskeln und Parese des Abduceus, sowie links Abducensparese, ophthalmoskopisch bds. exquisite Stauungspapille. Auch in diesem Falle sicherten wieder die Allge-

meinsymptome von Hirngeschwülsten, Kopfschmerz, Erbrechen und Stauungspapille die Diagnose Tumor cerebri, und konnte nach den verschiedenen Augenmuskelstörungen auf eine verbreitete Druckwirkung durch einen grossen Tumor geschlossen werden. Die Sektion ergab ein kolossales Gliom, welches die ganzen Vorderlappen einnahm, mit theilweiser Erweichung und massenhafter Extravasation.

d) Bei Gehirnlues.

10) J. Z., männlich, 42 Jahre alt, zeigte linksseitige Lähmung des Rectus superior und inferior, sowie linksseitige Facialisparalyse. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab links graue Verfärbung des Opticus.

Patient hatte 1865 Chancre und angeblich bald darauf Halsgeschwüre. 1874 soll eine Stimmbandlähmung aufgetreten sein. 1876 bekam er Gehirnentzündung mit Lähmung der linken Seite und sollen sich nachher die Augen in divergenter Stellung befunden haben. Diese abnorme Augenstellung soll zwei Jahre unverändert bestanden haben. Dann stellten sich wieder stärkere Kopfschmerzen ein, die ihn veranlassten, sich ins Juliusspital aufnehmen zu lassen, woselbst auf Quecksilberinjektionen hin die Kopfschmerzen sowohl, wie die abnorme Augenstellung verschwanden. Vor 4 Jahren lag Patient wieder 8 Wochen zu Bett mit Erbrechen und Kopfschmerzen als hauptsächlichsten Krankheitssymptomen und wurde auch dieses Mal durch Quecksilberinjektionen geheilt. Seit dieser Zeit ist er verhältnissmässig gesund geblieben. Die festgestellte luetische Infection, die evident günstige Wirkung der bei den verschiedenen cerebralen Krankheitserscheinungen angewandten antisyphilitischen Behandlung stellten die Diagnose Hirnlues wohl vollkommen sicher.

11) V. W., männlich. 28 Jahre alt, hatte seit 6 Wochen Hängen des obern Augenlids, Doppelbilder und Undeutlich-

sehen. Vorher bestand viel Kopfweh und Uebelkeit. Die Untersuchung ergab Pupillen mässig weit, bds. vollkommene Accommodationslähmung, rechts äusserst träge reflectorische Reaktion, welche links besser erhalten war, ferner links vollständige Lähmung sämmtlicher Augenmuskeln, während rechts noch die Bewegung nach aussen und eine Spur von Trochlariswirkung vorhanden war. Ophthalmoskopisch fand sich eine leichte Hyperaemie der Optici. Demnach handelte es sich um eine Ophthalmoplegia externa und interna.

Patient war vor 4 Jahren luetisch inficirt. Im Allgemeinen zeigte er sich aufgeregt und litt an häufigen Anfällen von heftigen Kopfschmerzen.

Auf antisyphilitische Behandlung trat vollständige Heilung ein.

12) F. R., männlich, 4 Jahre alt, zeigte rechtsseitige Abducens- und Facialisparalyse. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab Papille bds. stark hyperämisch, das Gewebe wenig transparent und ganz wenig geschwellt, die Venen mässig stark gestaut mit stark geschlängeltem Verlauf, die Arterien etwas stärker gefüllt, als normal.

Am linken Unterkiefer und an der linken Tibia fanden sich starke Exostosen, während sonstige Symptome hereditärer Lues fehlten, und es war hier die Möglichkeit gegeben, dass eine hyperostotische Wucherung die Nerven Abducens und Facialis in ihrem intracraniellen Verlaufe comprimirte.

e) Bei Gehirnblutungen.

13) S. Sch., männlich, 47 Jahre alt, zeigte rechtsseitige Oculomotorius- und Trochlearisparese. Die rechte Pupille war etwas weiter als die linke, reagirte nicht auf Licht, wohl aber auf Accommodationsimpulse.

Patient erlitt vor 10 Wochen einen apoplektischen Anfall, der eine schwere rechtsseitige Hemiplegie (incl. Fa-

cialisparalyse) mit mehrwöchentlicher Bewusstseinsstörung bewirkte. Zur Zeit der Beobachtung war Patient von diesen Störungen völlig wieder hergestellt, nur war noch der Patellarsehnenreflex rechts deutlich gesteigert. Für die Augenmuskellähmung war ohne Zweifel der erwähnte apoplektische Anfall als Ursache heranzuziehen, und schien eine Hämorrhagie der Basilaris stattgefunden zu haben, welche eine Neuritis, resp. Sclerose des Oculomotorius und Trochlearis nach sich zog. Eine Hämorrhagie war bei dem atheromatösen Zustande der Gefässe, bei der Verstärkung des II. Aortentones, wie dieses die Untersuchung des Gefässsystems ergab, leicht anzunehmen.

14) J. H., männlich, 39 Jahre alt, zeigte eine abgelaufene rechtsseitige und eine frischere linksseitige Oculomotoriusparalyse. Das linke Auge hielt Patient beständig geschlossen, das rechte zeigte unaufhörlichen rotatorischen Nystagmus. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab Sehnerv rechts von weisser bis weissgrauer Farbe, die graue Farbe in der temporalen Hälfte mehr ausgeprägt, die Transparenz ziemlich stark erhöht, starke atrophische Excavation, Gefässe ziemlich stark erweitert, mässige Stauung, links Opticus noch besser gefärbt, jedoch atrophische Färbung in allen Theilen schon ausgeprägt.

Aus der sehr ausführlich dargestellten Krankengeschichte des Patienten geht hervor, dass er vor 5 Jahren einen Schlaganfall bekam mit folgenden hauptsächlichen Erscheinungen: 3 Tage dauernde Bewusstlosigkeit, rechtsseitige Hemiplegie, incl. Facialisparalyse, vollständige Lähmung des rechten Oculomotorius, völlige Anaesthesie der Haut der rechten Gesichts- und Körperhälfte, hochgradige Sprachstörung. Drei Tage nach dem Anfall soll statt des zuerst gelähmten rechten oberen Augenlides das linke ergriffen worden sein, so dass Patient unfähig gewesen sei, das linke Auge zu öffnen, während von da ab das rechte

vollständig offen blieb. Aus dem zur Zeit der Aufnahme notirten Untersuchungsbefunde ist noch Folgendes hier anzuführen. Die rechtsseitige Facialisparalyse war noch deutlich, das Zäpfchen wich wenig nach rechts ab, die Zunge wich beim Hinausstrecken stark nach rechts ab und zeigte fibrilläre Zuckungen besonders in der rechten Hälfte. Patient vermochte alle Buchstaben zu bilden, wenn auch mit Schwierigkeit. Bei der Athmung blieb die rechte Seite sichtlich zurück. Der rechte Arm verharrte gewöhnlich in fast rechtwinkliger Flexionsstellung, die Hand in schwacher Flexion, die Finger in die Hohlhand eingeschlagen. Oberarm und Vorderarm widerstanden passiven Bewegungen beträchtlich. Der Ernährungszustand der Muskulatur war beiderseits gleich. Von den Sehnen liessen sich weithin ausstrahlende Reflexzuckungen hervorufen, was links nicht möglich war. Die grobe Kraft der rechten Hand war bedeutend herabgesetzt. An der rechten Unterextremität bestand ebenfalls Contraktur mit überwiegender Extension des Unterschenkels, während der Fuss für gewöhnlich in Plantarflexion stand. Der Patellarsehnenreflex war hochgradig gesteigert. Klonische Krämpfe wurden beim Beklopfen der Sehnen hervorgerufen. Die Hautreflexe waren dagegen bedeutend abgeschwächt, ebenso die Tastempfindungen. Sobald Patient stand, ging oder die Füsse herabhängen liess, wurde die rechte Knöchelgegend und der untere Theil des Unterschenkels kühler, cyanotisch, ödematös. Der Ernährungszustand der Muskulatur war beiderseits gleich. Es fand sich keine Spur von Ataxie. Dieser Untersuchungsbefund, der hier im Auszug wiedergegeben ist, liess die Diagnose auf einen durch Apoplexie bedingten Erweichungsherd in der inneren Kapsel mit sekundärer Degeneration der Pyramidenseitenstrangbahnen stellen.

15) H. D., 38 Jahre alt, männlich, klagte über Doppelt- und Verschwommensehen, welches vor 8 Tagen plötzlich eingetreten sei.

Die Untersuchung ergab linksseitige Trochlearisparese und ophthalmoskopisch bds. venöse Stauung mit Hyperaemie der Papille.

Patient hatte vor vier Jahren einen Schlaganfall mit Verlust des Sehvermögens und der Sprache; er war 4 Wochen bettlägerig. Das Sehvermögen kehrte am 4.—5. Tage nach dem Anfall wieder, ebenso stellte sich das Sprachvermögen bald wieder her. Mit Berücksichtigung des früheren Schlaganfalls liess sich auch die vorliegende Trochlearisparese auf einen apoplektischen Insult zurückführen, wofür besonders auch die durch die ophthalmoskopische Untersuchung nachgewiesene intracranielle Drucksteigerung sprach.

16) K. Sch., männlich, 55 Jahre alt, klagte über Doppeltsehen, welches gestern plötzlich eingetreten sei. Die Untersuchung ergab links nahezu vollkommene Lähmung des Rectus superior, Obliquus inferior und levator palpebrae superioris.

Patient, verheirathet und Vater von 8 gesunden Kindern, gab an, vor 8 Jahren einmal 4 Wochen und einmal 3 Wochen „starr“ gewesen zu sein, zuerst sei der rechte Arm und dann das linke Bein ergriffen worden, dann der linke Arm und das rechte Bein, welcher Zustand ihn vollständig an der Arbeit hinderte. Die Allgemeinuntersuchung ergab die Zeichen der Insufficienz der Aorta mit mässiger Stenose, die Carotiden waren sehr gespannt. Die Untersuchung des Nervensystems ergab nichts Abnormes. Aus der Anamnese, wie aus der Allgemeinuntersuchung mit der Feststellung des Vitium cordis ergab sich bestimmt die Disposition des Patienten zu Apoplexien, und liess sich wohl

die plötzlich eingetretene Lähmung leicht als durch einen apoplektischen Insult veranlasst erklären.

17) F. W., männlich, 55 Jahre alt, bemerkte am Tage, vor dem er in die Klinik kam, in der Frühe beim Erwachen, dass ihm alle Gegenstände verschwommen und doppelt erschienen. Die Untersuchung ergab linksseitige Lähmung des Rectus internus und inferior. Patient hatte vor einem Jahre Gelenkrheumatismus. Da die Allgemeinuntersuchung Atherom der rechten Radialis im Beginn, vorgeschrittenes der linken, beide Carotiden hart, lebhaft pulsirend constatirte, so liess sich auch in diesem Falle die Lähmung leicht auf einen apoplektischen Insult zurückführen.

f) Hydrocephalus.

18) F. W., männlich, 3 Jahre alt, zeigte linksseitige Abducensparalyse mit sekundärer Contraktur des Antagonisten.

Nach Angabe der Mutter hatte Patient im Alter von 1/4 Jahr „Gefraisch“, welches zwei Tage lang fast beständig sehr heftig angehalten haben soll, worauf sich die Schiefstellung der Augen eingestellt hätte. Patient hat vier vollständig gesunde Geschwister, Eltern und Verwandte sind gesund. Eine Fehlgeburt hatte die Mutter nie. Hereditäre Momente in Bezug auf Lues waren durchaus nicht aufzufinden. Patient hatte eine ausgesprochene hydrocephalische Kopfform und konnte im Hinblick darauf und auf den eclamptischen Anfall ein Hydrocephalus als Ursache der Lähmung hingestellt werden.

g) Hysterie.

19) G. Pf., weiblich, 24 Jahre alt, zeigte eine rechtsseitige Abducensparalyse. Während des Aufenthaltes der Patientin in der Klinik entwickelte sich eine rechtsseitige

Facialisparese, welche durch Galvanisation leicht beseitigt wurde. Auch bekam sie eine Woche lang fast täglich epileptiforme Anfälle, die mit Eintritt der menses aufhörten. In Berücksichtigung dieser Anfälle, sowie anderer Erscheinungen wurde die Form der epileptischen Hysterie in diesem Falle festgestellt und war die Abducens- und Facialisstörung als hysterische Lähmung anzusehen.

II. Augenmuskellähmungen bei Rückenmarkerkrankungen.

20) Ph. G., männlich, 43 Jahre alt, zeigte rechts mässige Ptosis, Paralysis des Oculomotorius und Abducens, reflektorische und accommodative Pupillenstarre beider Augen. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab Sehnerv links etwas geröthet und geschwellt, rechts deutliche Differenz zwischen medialer und temporaler Papillenhälfte, erstere geröthet, geschwellt mit etwas verschwommenen Grenzen, letztere grauweiss transparent, die Arterien etwas dünn.

Patient erhielt im Jahre 1878 einen Stoss ins Auge, und soll seit dieser Zeit die Ptosis vorhanden sein. Vor $1^1/_2$ Jahren traten zuerst Gastralgien, inspiratorische Krämpfe, viscerale Neuralgien, Harnbeschwerden auf. In letzter Zeit bekam Patient lancinirende Schmerzen in den Beinen. Seit Monaten schwitzt er stark am ganzen Körper und hat starken wässrigen Ausfluss aus der Nase. Die Untersuchung ergab völliges Fehlen der Patellarsehnenreflexe, sehr ausgeprägtes Vorhandensein der Cremaster- und Bauchhautreflexe. Die Sensibilität war nach allen Richtungen hin intakt, nur schienen an den Beinen Nadelstiche in der Tiefe zu stumpf empfunden zu werden. Leichte ataktische Erscheinungen in den Beinen waren zu constatiren. Schwere und Ermüdungsgefühl war nach Angabe des Patienten sehr

stark vorhanden. Hiernach war die Diagnose einer mässigen Tabeserkrankung sicherzustellen.

21) J. Sch., männlich, 47 Jahre alt, klagte über Doppeltsehen, welches seit 8 Tagen vorhanden sei. Die Untersuchung ergab rechtsseitige Trochlearisparalyse.

Seit mehreren Jahren schon litt er an starkem Schwitzen und häufig auftretenden lancinirenden Schmerzen in den Beinen. Seit 2 Jahren hatte er Gefühl von Kribbeln und Pelzigsein in Füssen und Händen, sowie permanentes Kältegefühl und Taubheit in beiden Füssen. Seit einem Jahre bemerkte er das gleiche Gefühl an der Ulnarseite beider Hände und Vorderarme genau im Gebiete des Ulnaris. Die Allgemeinuntersuchung ergab normales Verhalten des Herzens und der Gefässe, sowie der Lunge. Auffallend starke rothe Striemen erschienen auf der Haut nach leichtem Streichen. Die Ohren waren roth und heiss. Die Patellarsehnenreflexe fehlten.

Patient gerieth bei geschlossenen Augen in starkes Schwanken, zeigte mässige Ataxie in den Beinen, stärkere in den Händen, fuhr bei geschlossenen Augen an den gewollten Zielen vorbei, verfehlte z. B. den Weg zum Munde. Die Sensibilität war normal, ebenso zeigten Cremaster- und Bauchhautreflexe keine Abnormität. Nach Anamnese und Untersuchungsbefund war auch in diesem Falle die Diagnose Tabes mit Sicherheit zu stellen.

22) A. A., männlich, 38 Jahre alt, klagte über Doppeltsehen, welches sich vor 14 Tagen eingestellt habe. Die Untersuchung ergab rechtsseitige Abducenslähmung mit sekundärer Contraktur des Antagonisten.

Patient verspürte seit 3 Wochen Mattigkeit in den Beinen, hatte das Gefühl der Schwere, schlief auch mehr als früher und hatte schwere Träume.

Da vollständiges Fehlen der Patellarsehnenreflexe, sowie Sensibilitätsstörungen an den unteren Extremitäten con-

statirt wurde, so liess sich unter Berücksichtigung der subjektiven Symptome auch in diesem Falle beginnende Tabes stellen. diagnosticiren.

23) H. B., männlich, zeigte linksseitige Lähmung des Obliquus inferior. Patient klagte, dass er seit 8 Tagen doppelt sehe. Er hat öfter Urticaria. Nach längerem Gehen bekam er das Gefühl der Schwere in den Beinen, hatte zuweilen, wenn auch selten, ein Gefühl in beiden Beinen, „als wenn er elektrisirt würde“ und dauerte dasselbe etwa 1/4 Stunde. Ausserdem hatte er öfter Zucken in den Armen. Der Patellarsehnenreflex war links sehr schwach und fehlte rechts vollständig. In den Händen fand sich keine Ataxie, während in den Beinen eine geringe Abschwächung der Feinheit der Muskelcoordination constatirt werden konnte. Auch hier konnte wohl mit Sicherheit eine tabetische Reizung des Rückenmarks angenommen werden, wenn auch einzelne Symptome dieser Spinalerkrankung fehlten oder sehr wenig ausgeprägt vorhanden waren.

24) G. R., männlich, 37 Jahre alt, zeigte rechtsseitige Abducensparalyse. Bei mangelnder Aufmerksamkeit des Patienten wurde links ein leichtes Herabhängen des oberen Augenlides, sowie eine ganz schwache Lähmung des Obliquus inferior deutlich.

Anamnestisch und objectiv war nichts weiter zu eruiren, als dass Patient über Taubsein in den Extremitäten und Schwindel klagte und bemerkte, er habe vor 3 Wochen „Gliederrheumatismus“ gehabt. In diesem Falle wurde unter Berücksichtigung des Taubseins- und Schwindelgefühls, sowie der lancinirenden Schmerzen, als welche wohl der „Gliederrheumatismus“ ohne Zweifel gedeutet werden musste, die Diagnose auf Tabes incipiens gestellt.

25) L. H., weiblich, 41 Jahre alt, klagte über Doppeltsehen, welches seit 14 Tagen vorhanden sei. Die Unter-

suchung ergab rechtsseitige Abducensparalyse; die Pupille war links etwas enger, auch hing das linke obere Lid etwas herab, Reaktion der Pupillen auf Licht und Accommodation war erhalten.

Patientin hat öfter Gefühl des Taubseins in den Extremitäten und Krämpfe in den Beinen, auch klagte sie über schlechtes Gefühl der Haut.

Auch in diesem Falle konnte Fehlen des Patellarsehnenreflexes, sowie Sensibilitätsstörungen in den Extremitäten constatirt, mithin die Diagnose auf Tabes im ersten Stadium gestellt werden. Zu erwähnen ist noch, dass in diesem Falle starke vasomotorische Störungen im Gesicht, links stärker als rechts vorhanden waren.

26) A. D., männlich, 38 Jahre alt, klagte über Doppeltsehen, welches seit zwei Tagen vorhanden sei, starke Kopfschmerzen seien vorausgegangen. Die Untersuchung ergab bds. Abducenslähmung, ausserdem rechts Lähmung des Rectus inferior, Augenhintergrund normal.

In letzter Zeit hatte Patient öfter ein Gefühl von Taubsein im linken Fuss und Einschlafen des rechten Vorderarmes. Ausserdem traten zeitweise Schmerzen in der Knöchelgegend, sowie Gastralgien auf. Der Patellarsehnenreflex war beiderseits abgeschwächt, sonst war nichts Abnormes zu constatiren. Mit Rücksicht auf das Abgeschwächtsein des Patellarsehnenreflexes, sowie auf die charakteristischen subjektiven Symptome konnte auch hier Tabes incipiens mit Sicherheit angenommen werden.

Zum Schlusse sind noch 2 Fälle anzuführen, die sich nicht ohne Weiteres unter eine der obigen Abtheilungen bringen liessen aus gleich zu erwähnenden Gründen.

27) A. Sch., männlich, 54 Jahre alt, zeigte linksseitige Abducensparalyse.

Die Allgemeinuntersuchung ergab Lungenemphysem, verbreiterte Herzpulsation, Verstärkung des II. Aortentones,

starke Sclerosen der peripheren Arterien, besonders der linken Carotis, welche weiter, kräftiger pulsirend und an der Theilungsstelle bis zu 2 cm erweitert war. Die Lähmung wollte Patient in der Frühe beim Erwachen vor einigen Tagen zuerst bemerkt haben. In diesem Falle liess sich wohl an einen apoplektischen Insult als Ursache der Augenmuskellähmung denken, es könnte aber möglicherweise auch Druck von Seiten der erweiterten linken Carotis die Ursache der Abducensparalyse gewesen sein.

28) K. V., weiblich, 23 Jahre alt, zeigte rechtsseitige totale Abducensparalyse.

Patientin litt vor einem Jahre an Diphtheritis, war angeblich sonst nie krank. Nach einer sehr aufregenden Tanzunterhaltung, nach welcher sie in Schweiss gebadet nach Hause kam, klagte sie am folgenden Tage über starkes Schwindelgefühl und bemerkte drei Tage später Doppeltsehen. Von Lues war keine Spur zu constatiren, Die Lähmung wurde durch Galvanisation leicht geheilt. Dieses ist der einzige Fall, in welchem die Augenmuskellähmung als rheumatische Lähmung imponiren könnte, da sich bei oberflächlicher Betrachtung des Falles kein besonderes Moment ergibt, auf wesches die Lähmung zurückgeführt werden könnte und die Möglichkeit einer intensiven Erkältung ja vorlag. Berücksichtigt man aber die, wie es ausdrücklich hiess, sehr aufregende Tanzunterhaltung bei dem 23jährigen Mädchen, das Schwindelgefühl und vor allen Dingen die so leichte Heilung der totalen Abducensparalyse, so wird man hier viel eher eine hysterische Lähmung annehmen.

Im Allgemeinen waren nach den mitgetheilten 26 Fällen von Augenmuskellähmungen, wenn man von den beiden zuletzt verzeichneten Fällen absieht, Basisfractur in 4 Fällen, meningeale Erkrankungen in 3, Gehirngeschwulst Gliom in 2, Gehirnlues in 3, Apoplexie in 5, Hydrocephalus und

Hysterie in je 1 und Tabes in 7 Fällen als Ursache von Augenmuskellähmungen vertreten.

Es ist vor Allem nöthig hervorzuheben, wie relativ häufig gerade im Beginn der Tabes oder bei zweifelhaften Fällen einer solchen die Augenmuskellähmungen hervortreten und einen wichtigen Behelf für die allgemeine Diagnose schaffen.

Aus dieser Zusammenstellung geht wohl auch hervor, dass eine rheumatische Ursache bei Augenmuskellähmungen vor Allem auszuschliessen ist.

Es sei mir erlaubt, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Michel für Ueberlassung dieser Arbeit zum Zweck meiner Promotion und Herrn ersten Assistenten Dr. Müller für freundliche Unterstützung bei Beschaffung des Materials meinen besten Dank auszusprechen.